

**Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina
Reunión Regional
7-9 de mayo de 2003
Lima, Perú**

Panel: Sexualidad, investigación y política: Posibilidades, límites, contradicciones,
paradojas y avances

**El desarrollo de redes de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres que
viven con VIH/SIDA: Alternativa para la intervención en política pública**

José Toro-Alfonso, PhD¹
Nelson Varas-Díaz, PhD
Centro Universitario de Servicios & Estudios Psicológicos
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Puerto Rico

¹ José Toro-Alfonso es profesor asociado del Departamento de Psicología y Nelson Varas-Díaz es investigador asistente en el Centro Universitario de Servicios & Estudios Psicológicos de la Universidad de Puerto Rico. Para comunicarse con los autores envíe correo a jtoro@rrpac.upr.clu.edu.

La investigación sobre la sexualidad puede ser tan difícil y compleja como la sexualidad misma. Entender la diversidad de las sexualidades representa uno de los mayores retos para las ciencias sociales. Más allá de los paradigmas biologists que remiten la sexualidad a la dimensión principalmente fisiológica, el desarrollo de nuevos paradigmas nos plantea nuevas y mayores posibilidades en la investigación.

Los paradigmas tradicionales nos presentan una sexualidad coherente, inmutable, que responde al destino de la biología (Ardila, 1998). Desde esta perspectiva las personas tienen predestinado el desarrollo de su sexualidad respondiendo a estructuras fisiológicas y asumiendo el paradigma de lo “natural” como la dimensión dirigente de todo este proceso. Es por esta razón que todo lo que se aleja de este estado natural es considerado y clasificado como patológico. Los manuales de clasificación de trastornos más conocidos (ICD-10 y DSM-IV) están llenos de conductas que no corresponden a la normativa. La lista de conductas sexuales incluidas en estos manuales es tan larga que casi incluye todo pensamiento, deseo y conducta que no corresponda a los estándares establecidos por el pensamiento científico que respalda estas clasificaciones.

Por otro lado, la influencia de la filosofía judea-cristiana ha contribuido a través de los siglos a mantener una visión pecaminosa e inaceptable de todo deseo o experiencia sexual fuera de aquellos espacios legislados para su control y dirección. El resultado final de la combinación de la ideología religiosa fundamentalista y la construcción social de una sexualidad exclusivamente reproductiva han relegado la sexualidad principalmente a la dimensión utilitaria legalista excluyendo las dimensiones del deseo y el placer. Todo esto sigue en pie a pesar de que la sexualidad es evidentemente, lo que hacemos de ella. Si existe un denominador común bajo la sexualidad humana es el concepto del placer, no la reproducción.

En la época moderna el sexo es más placer que reproducción. El sexo no reproductivo se observa en todos lados. Es tanto así que la sexualidad casi puede nominarse por su componente no-reproductivo: desde la exploración infantil y de pre-púberes hasta el sexo post-menopáusico y geriátrico. El sexo en el momento “incorrecto” del mes, o con una pareja infértil, el sexo con anticonceptivos, sexo homosexual, la masturbación, sexo oral, sexo anal, y hasta el beso profundo..... Todas estas, actividades no reproductivas. El sexo reproductivo es sólo coito pene-vagina entre dos personas fértiles, sin anticonceptivos, en el momento “correcto” del mes.

Este es el reto que presenta la visión hegemónica de la heterosexualidad, que insiste en excluir la variedad y la versatilidad de la subjetividad humana. “Lo cierto es que las sexualidades, como las culturas, no pueden continuar siendo calificadas como instancias unificadas y sistemas coherentes que alguien puede estudiar, interpretar y entender, comparar y contratar y colocar como ejemplos individuales de la diversidad y la diferencia” (Parker, 1999; p. 1). Dentro de esta vorágine de límites impuestos encontramos el deseo homoerótico y la práctica de las homosexualidades.

Homosexualidades

La investigación ha demostrado que la práctica de la conducta sexual entre hombres es tan milenaria como la historia misma. Dentro de cada contexto histórico, social y cultural las homosexualidades han tenido y tienen un significado particular que responde a las intrínsecas interrelaciones que se observan entre las construcciones del deseo y el género.

La etnografía y la antropología han revelado la complejidad de estas relaciones entre los hombres en América Latina (Adam, 1986; Carrier, 1971; 1995; Lancaster, 1995, 1992; Lumsden, 1991, Murray, 1995; Parker, 1999; Shifter, 1992). Las interrogantes sobre la construcción social de la sexualidad entre hombres anteceden por mucho a la aparición de la epidemia del SIDA, pero sin lugar a dudas es el SIDA que coloca en la mirilla de las investigaciones la necesidad de explorar las homosexualidades.

La aparición de la epidemia del SIDA produce una avalancha de investigaciones sobre el comportamiento sexual de los hombres que tienen sexo con hombres. Estas investigaciones se han diseminado a través de América Latina y en las comunidades de latinoamericanos y caribeños en los Estados Unidos. De todas estas investigaciones hemos aprendido una parte importante del conocimiento existente sobre las homosexualidades y sobre la transmisión del VIH. Conocemos sobre las conductas particulares que facilitan la transmisión del virus, conocemos sobre variadas estrategias desarrolladas para transmitir la información sobre la transmisión del virus, hemos desarrollado técnicas de intervención entre pares, y sabemos que la información no necesariamente se traduce en comportamiento sexual seguro.

Examinando las investigaciones debemos comprender que la complejidad de la sexualidad y el deseo no se pueden ubicar fácilmente en programas de intervención en salud pública y que se requiere de intervenciones estructurales que identifiquen el contexto social y cultural en el cual se encuentran las personas .

El reto para la investigación

Ya conocemos suficiente sobre la epidemia y sabemos que existen numerosas circunstancias que vulnerabilizan a los hombres que tienen sexo con hombres para la infección por el VIH. El reto de las nuevas investigaciones requiere que trascendamos las visiones tradicionales de la sexualidad hegemónica para buscar cómo entender el contexto en el cual se incrementa la vulnerabilidad de los hombres latinoamericanos para la infección (Parker, 2001).

El impacto desproporcionado que ha tenido la epidemia en regiones particulares y entre poblaciones particulares coloca de manifiesto que la vulnerabilidad sobre pasa las dimensiones puramente biológicas. Frente a cada comportamiento que se ha identificado como conducta de riesgo se le enfrentan los significados sociales y culturales que se le adscriben a esos comportamientos.

Los modelos de intervención realizados tradicionalmente en nuestras comunidades parten de paradigmas epidemiológicos que dan origen a las estrategias más comúnmente utilizadas. La insistencia en las pruebas de cernimiento para anticuerpos al

VIH, las estrategias educativas dirigidas a aumentar el conocimiento sobre la transmisión del virus, las charlas y conferencias de salud, todas estas son estrategias ampliamente utilizadas y con resultados muy poco prometedores. Requerimos de investigaciones que vayan dirigidas precisamente a la identificación de los significados que le atribuimos a la sexualidad y las implicaciones que esto trae para la vulnerabilidad para el VIH.

Por otro lado, necesitamos adentrarnos a modelos de mayor alcance que meramente las intervenciones individuales o de grupo pequeño (Vangorder, 1995). Esto requiere intervenciones en política pública con el fortalecimiento de las personas que viven con VIH/SIDA para identifiquen su potencial para la formulación de políticas que respondan a sus necesidades y que puedan vencer los obstáculos principales. Entre estos obstáculos se encuentra el estigma asociado al VIH/SIDA.

Enfrentando el estigma asociado al SIDA

La epidemia del VIH/SIDA ha estado marcada por múltiples formas de estigma. Desde los llamados grupos de riesgo, el origen del virus y hasta las especulaciones sobre los medios de contagio, el VIH/SIDA ha estado invadido por mitos y creencias falsas (Cunningham & Ramos-Bellido, 1991; Guajardo, 2000). Estos han facilitado el desarrollo de ideas estigmatizantes en torno al virus y a las personas que viven con él. Cada enfermedad o epidemia tiene significados particulares sobre lo que ella es y lo que son las personas que la padecen (Sontag, 1990). Así, cada condición se interpreta a la luz de los significados que socialmente se le han adjudicado. Los significados más evidentes atribuidos a la epidemia del VIH han sido los de invasión y contaminación. A las personas seropositivas se les considera, en muchas ocasiones, como personas invadidas por una enfermedad que les contamina. Estas personas a su vez se perciben como agentes invasores de la sociedad “saludable”. A diferencia de otras enfermedades, a las cuales se le han adscrito significados más positivos o menos degradantes, el VIH/SIDA no se ha caracterizado de esa forma.

La improbabilidad de que se desarrollen metáforas románticas o sentimentales sobre el VIH/SIDA evidencia la existencia de interpretaciones negativas sobre la condición. Sin embargo, más preocupante que esto es la posibilidad de que existan interpretaciones negativas de las personas que viven con el virus. El estigma relacionado al VIH/SIDA es consecuencia directa de este tipo de interpretación negativa.

Los aspectos negativos asociados al VIH/SIDA y la interpretación que se hace de las personas que viven con VIH/SIDA han sido denominados como estigma relacionado al SIDA (Herek & Glunt, 1988). Este tipo de estigma se dirige a personas que se perciben como infectadas, sin importar si lo están o si manifiestan síntomas de SIDA o complicaciones relacionadas a la condición.

La estigmatización del VIH/SIDA tiene múltiples causas entre las cuales se encuentran la asociación del VIH/SIDA con la noción de enfermedad y la combinación de la condición con otros estigmas pre-existentes (Herek & Glunt, 1988). La asociación del VIH/SIDA con la idea de enfermedad está relacionada a: 1) que el VIH/SIDA es una condición incurable y progresiva, 2) con la creencia de que las personas son culpables de

su condición por sus actividades de riesgo y 3) con cómo la condición física de las personas en las etapas más avanzadas del síndrome afecta de manera adversa la interacción social entre las personas. Por otro lado, su asociación con estigmas pre-existentes puede verse cuando se atribuye la epidemia a grupos como los/as homosexuales, usuarios/as de drogas y grupos de minorías. Estos grupos poseen estigmas que preceden al VIH/SIDA al desviarse de alguna norma social. El estigma relacionado al VIH/SIDA se inserta en dicha combinación y empeora la situación de dichos grupos. Añádase a esto que la actividad sexual, fenómeno estigmatizado en muchas sociedades, es una de las formas que más frecuentemente se asocia al contagio contribuyendo a la estigmatización del VIH/SIDA. Esto es particularmente evidente en el caso de las mujeres infectadas a las cuales se les ha conceptualizado como agentes de infección de sus criaturas (Bunting, 1996).

Esta exclusión social subyace a varias de las razones primordiales del estigma relacionado al VIH/SIDA (Leary & Schreindorfer, 1998). A las personas estigmatizadas se les puede excluir por múltiples razones, entre las cuales se encuentran: que se les visualiza como una amenaza a la salud o seguridad de las demás, que se desvían de lo que la sociedad considera como normal, que se considera que no pueden contribuir a la sociedad, y que son fuente generadora de emociones negativas en las demás personas. Estos factores estigmatizantes aumentan en intensidad si la persona se visualiza como responsable por su condición y si su situación de salud dificulta la interacción social con otras personas.

Por otro lado, es importante considerar las consecuencias del estigma relacionado al VIH/SIDA. Entre ellas encontramos: el deterioro de las relaciones interpersonales una vez se conoce la condición, la manifestación de emociones negativas por parte de la persona infectada, los efectos adversos a la salud por no hacerse la prueba de detección de anticuerpos al VIH, el sufrimiento de estrés debido a la “necesidad” de esconder su condición y el desarrollo de políticas punitivas por parte del gobierno (Herek, 1999; Leary & Schreindorfer, 1998). Otra de las consecuencias negativas asociadas al estigma relacionado al VIH/SIDA es el surgimiento de nuevas infecciones ya que algunas personas podrían optar por no tener prácticas más seguras para no exponer su condición, la pérdida de seguros de salud, la discriminación social, violencia física, pérdida del empleo, problemas de acceso a servicios de salud y el deterioro de relaciones productivas con profesionales de la salud física y mental (Kalichman, 1998b).

El estigma del VIH/SIDA también tiene efectos psicológicos negativos como ansiedad, depresión, y culpa, pérdida de apoyo social y el subsiguiente aislamiento, y efectos adversos en las familias (por ejemplo en las madres cuyos hijo/as nacen con el virus) y violencia emocional (Kalichman, 1998b). Finalmente, reconociendo que la experiencia de tener VIH/SIDA puede ser una de gran dolor y pesar para las personas por razones de salud o pérdida, se han documentado los efectos detrimentales del estigma en ese proceso de pena. Entre ellos se encuentran la intensificación de la pena y la pérdida del apoyo social mencionado anteriormente. Esto puede tener como consecuencia que las personas afectadas adopten posturas que limiten su capacidad de buscar apoyo o la

ausencia total de apoyo al considerar la causa del sufrimiento como justificada (Nord, 1997).

Sin embargo, las consecuencias de la combinación de estigma, VIH y homosexualidad pueden ser enfrentadas eficientemente. La literatura en torno a los beneficios del apoyo social, particularmente de la participación en redes de apoyo, presenta alternativas para combatir las consecuencias negativas del fenómeno.

Redes de apoyo social para personas que viven con VIH/SIDA

El apoyo social ha sido definido de varias maneras. Algunos investigadores lo definen como el número de contactos sociales de una persona o la complejidad de su red social (Thoits, 1982). Otros estudios lo han definido como la percepción de pertenecer a una red social a través de la comunicación y obligaciones mutuas (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Se le ha definido además como los lazos interpersonales a un grupo específico que provee apoyo emocional en momentos de necesidad (Green, 1994). Cobb (1976) lo define como la percepción de una persona de que se le cuida y forma parte de una red de obligaciones mutuas. También se ha definido apoyo social como una red de personas cuyas relaciones interpersonales satisfacen necesidades sociales específicas en el individuo (Lindley, Norbeck & Carrieri, 1981).

Independientemente de sus definiciones particulares, se ha documentado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida (Eldridge, 1994). Provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Por otro lado, algunas investigaciones han encontrado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de auto-eficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular (Penninx, van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & van Eijk, 1998).

Los estudios realizados sobre el impacto del apoyo social en situaciones de enfermedades crónicas tienden a señalar que el apoyo social prolonga la vida, mejora las condiciones de salud con una influencia positiva que estimula conductas saludables. Esto se amplía cuando las redes sociales contribuyen al desarrollo de intervenciones en las políticas de salud del estado y en desarrollo de actitudes de participación en la toma de decisiones (Barroso, 1996; Eldridge, 1994; Kalichman, 1998a; Lesserman et al, 1999; Pugliesi, 1998; UNAIDS, 1999).

Las investigaciones relacionadas con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud (Hays, Turner & Coates, 1992). Se ha encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observa principalmente en personas que participan activamente en grupos de auto ayuda y en redes sociales de personas seropositivas (Barroso, 1996; Fasce, 2001; Kadushin, 1999).

Las redes de apoyo social son un recurso extraordinario para el desarrollo de estima, sentido de pertenencia, reducción de conductas de riesgo, acceso a información adecuada y fortalecimiento para la defensa de derechos humanos de las personas con SIDA (Fasce, 2001; Hays, Turner & Coates, 1992; Kimberly & Serovich, 1996; 1999; Swindells, Mohr, Justis, Berman, Squier et al, 1999). Hay evidencia de que el funcionamiento psicológico (ajuste a la enfermedad, destrezas de manejo, depresión, invalidez, disturbios del ánimo, ansiedad y nivel de hostilidad) se relaciona con la satisfacción y la percepción de la disponibilidad del apoyo social (Kadushin, 1999; Kyle, & Sachs, 1994; Linn, Lewis, Cain, & Kimbrough, 1993).

El apoyo social ofrece información, comprensión del significado de las enfermedades y sentido de valía para enfrentarlo adecuadamente (Sandstrom, 1996). Además, existen estudios que indican que hay un impacto positivo sobre los estados de depresión y los estilos de afrontamiento y nivel de apoyo (Aranda, Castenada, Lee & Sobel, 2001; Pakenham, Dadds & Terry, 1994). El apoyo puede proceder de amistades, confidentes, familiares y de otras personas que también tienen la experiencia de marginación y rechazo (Jankowski, 1996; Kadushin, 1999).

Las redes de apoyo social tienen serias implicaciones para la salud de las personas que viven con VIH/SIDA. Desde la reducción o eliminación de condiciones emocionales individuales que pueden reducir las probabilidades de supervivencia (Leserman, 1999; Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner & Webster, 1995; Strait-Toster, 1994), aumentar las destrezas de manejo de la información sobre la enfermedad (Swindells, Mohr, Justis, Berman, Squier, et al, 1999), reconocer las necesidades individuales y sociales, mejorar la calidad de vida (Friedland, Renwick & McColl, 1996), y hasta la movilización social como forma de defender sus derechos humanos y confrontar el estigma (Eldridge, 1994; Kalichman, Somlai & Sikkema, 2000; Leary & Schreindorfer, 1999; Wandersman, 2000).

No existe lugar a dudas que el estigma asociado al VIH/SIDA tiene serias implicaciones para los esfuerzos de prevención y atención de salud. En medio de un ambiente de marginación y rechazo, en donde los significados que se le atribuyen a la enfermedad se sobre imponen a los esfuerzos de educar a la comunidad, es imposible el desarrollo de esfuerzos preventivos adecuados. El velo del estigma enmascara las posibilidades de acercarse a realizarse pruebas de anticuerpos, invalida todo esfuerzo para establecer relaciones saludables y contribuye a hacer imposible el detener la epidemia.

Después de veinte años de vivir con esta epidemia todavía encontramos sectores importantes en nuestra sociedad que les atribuyen significados de carga moral y culpabilización a las personas que viven con la infección. El impacto de este esfuerzo de marginación tiene resultados negativos en el fortalecimiento del desarrollo de redes de apoyo. A pesar de la evidencia que poseemos del impacto positivo de las redes para las personas que sobreviven con enfermedades crónicas, ésta no ha sido la realidad para las personas con VIH/SIDA en América Latina.

La Organización de las Naciones Unidas por medio de sus programas de SIDA (ONUSIDA) ha planteado la importancia de desarrollar redes de apoyo social entre las

personas con SIDA de modo que las intervenciones de prevención secundaria puedan tener mayor éxito. Sin embargo, dicha estrategia ha sido poco utilizada como una intervención en salud pública dirigida a las poblaciones infectadas de modo que se detenga la cadena de transmisión.

Al estrés de la enfermedad, el sentido de aislamiento y la anticipación a la muerte subrayan el impacto psicosocial de la epidemia (Jonson, Alloy, Panzarella, Metalsky, Rabkin, Williams & Abramson, 2001). De forma contraria, lidiar con el estigma y acercar a las personas con VIH a los sistemas de salud puede convertirse en una de las mejores estrategias de salud pública. El fortalecimiento de las redes de apoyo social, garantizar el anonimato y la confidencialidad, permitir la activa participación en la toma de decisiones sobre las políticas públicas; todas éstas representan estrategias de intervención que a nivel social podrían incidir de forma significativa en la epidemia mundial

El estigma y la vida gregaria son mutuamente excluyentes. Mientras no enfrentemos la epidemia de los significados que se atribuyen a la enfermedad, estaremos lejos como sociedad de hallar una respuesta global adecuada para eliminarla. Ese es el reto que enfrentamos todas las personas para vencer los obstáculos para el desarrollo de redes de apoyo social.

Este es probablemente uno de los mayores retos del trabajo en las comunidades de hombres que tienen sexo con hombres. El desarrollo de redes sociales y la intervención en las políticas del estado rendirá fruto en el proceso de prevención de la epidemia del VIH a la misma vez que garantiza la eliminación del estigma asociado a la homosexualidad. Los derechos humanos deben incluir las intervenciones en salud pública y el derecho inalienable de la plena participación ciudadana.

Referencias

- Adam, B. (1986). Age, structure, and sexuality: Reflections on the anthropological evidence on homosexual relations. *Journal of Homosexuality*, 11, 19-33.
- Aranda, M. P., Castenada, I, Lee, P. & Sobel, E. (2001). Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*, 25, 37-48.
- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y psicología*. México, DF: Manual Moderno.
- Barroso, J. (1996). Focusing on living: Attitudinal approaches of long-term survivors of AIDS. *Issues in mental health nursing*, 17, 395-407.
- Bunting, S.M. (1996). Sources of stigma associated with women with HIV. *Advances in Nursing Science*, 19, 64-73.
- Carrier, J.M. (1971). Participants in urban Mexican male homosexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 279-291.
- Carrier, J.M. (1985). Mexican male bisexuality. *Journal of Homosexuality*, 11, 75-85.
- Carrier, J.M. (1995). *De los otros: Intimacy and homosexuality among Mexican men*. New York, NY: Columbia University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cunningham, I., & Ramos-Bellido, C.G. (1991). HIV/SIDA: Mitos y demitificación. En I. Cunningham, C.G. Ramos-Bellido, & R. Ortíz-Colón (Eds.), *El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos Multidisciplinarios* (págs. 71-84). Río Piedras, P.R.: Universidad de Puerto Rico.
- Eldridge, D. (1994). Developing coherent community support networks. *Family Matters*, 17, 56-59.
- Fasce, N. (2001). Soporte social en personas que viven con VIH. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima*, 19, 66-86.
- Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1999). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS CARE*, 8, 15-31.
- Green, G. (1994). Social support and HIV: A review. En R. Bor & J. Elford (Eds.) *The Family and HIV* (págs. 79-97). New York, NY: Cassell.

- Guajardo, G. (2000). Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa. En J. Olovarria & R. Padrini (Eds.) *Masculinidades: Identidad, sexualidad y familias*. (123-140) Santiago, Chile: FLACSO.
- Hays, R., Turner, H. & Coates, T. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 463-469.
- Herek, G. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientists*, *42*, 1106-1116.
- Herek, G. & Glunt, E.K. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologists*, *43*, 886-891.
- Jankowski, S. (1996). Social support networks of confidants to people with AIDS. *Social Work*, *41*, 206-213.
- Johnson, J.G., Alloy, L.B., Panzarella, C., Metalsky, G.I., Rabkin, J.G., Williams, J.B. & Abramson, L.Y. (2001). Hopelessness as a mediator of the association between social support and depression symptoms: Findings of a study of men with HIV. *Journal of Counseling Psychology*, *69*, 1056-1060.
- Kadushin, G. (1999). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV. *Health & Social Work*, *24*, 198-209.
- Kalichman, S., Somlai, A. & Sikkema, K. (2000). Community involvement in HIV/AIDS prevention. En N.Schneiderman, M.A. Speers, J.M. Silva, H. Tomes, & J.H. Gentry (Eds.), *Integrating behavioral and social sciences with public health*. (págs. 159-176). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kalichman, S.C.(1998a). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishing.
- Kalichman, S.C. (1998b). *Understanding AIDS: Advances in reserch and treatment*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Kimberly., J.A. & Serovich, J.M. (1999). The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men. *AIDS Education and Prevention*, *11*, 465-490.
- Kimberly., J.A. & Serovich, J.M. (1996). Perceived social support among people living with HIV/AIDS. *The American Journal of Family Therapy*, *24*, 41-53.
- Kyle, R.D. & Sachs, L.G.(1994). Perceptions of control and social support in relation to psychosocial adjustment to HIV/AIDS. *AIDS Patient Care*, *8*, 322-327.

- Lancaster, R. (1995). That we should all turn queer? Homosexual stigma in the making of manhood and the breaking of a revolution in Nicaragua. En R. Parker & J. Gagnon (Eds.), *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York, NY: Routledge.
- Lancaster, R. (1992). *Life is hard: Machismo, danger, and the intimacy of power in Nicaragua*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Leary, M., & Schreindorfer, L. (1999). The stigmatization of HIV and AIDS: Rubbing salt in the wound. En V. Derlega & A. Barber (Eds.) *HIV and social interaction* (págs. 12-29). Newsbury, CA: SAGE.
- Leserman, J. (1999). Lack of social support may cause HIV+ men to develop AIDS more quickly. *Journal of Psychosomatic Medicine*, *61*, 397-406.
- Lesserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, Jianwen, Folds, J.D. & Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 397-406.
- Lindley, A.M., Norberck, J.S. & Carrieri, V. (1981). Social support and health outcomes in post mastectomy women: A review. *Cancer Nursing Journal*, *4*, 377.
- Linn, J.G., Lewis, F.M., Cain, V.A., & Kimbrough, G.A.(1993). HIV-illness, social support, sense of coherence, and psychological well-being in a sample of help-seeking adults. *AIDS Education and Prevention*, *5*, 254-262.
- Lumsden, I. (1991). .. Toronto, Notario: Solediciones Canadian Gay Archives.
- Murray, S.O. (1995). *Latin American male homosexualities*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Nord, D. (1997). *Multiple AIDS-related loss: A handbook for understanding and surviving a perpetual fall*. Washington, DC, E.U.: Taylor & Francis.
- Nunes, J.A., Raymond, S.J., Nicholas, P.K., Leuner, J.D. & Webster, A. (1995). Social support, quality of life, immune function, and health in persons living with HIV. *Journal of Holistic Nursing*, *13*, 174-198.
- Pakenham, K.I., Dadds, M.R. & Terry, D. J. (1994). Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 1194-1203.
- Parker, R. (2001). Evolution in HIV/AIDS prevention, intervention and strategies. *Revista Interamericana de Psicología*, *35*, 155-166.

- Parker, R.G., Easton, D., & Klein, C. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research. *AIDS*, 14, S22-S32.
- Parker, R. (1999). *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York, NY: Routledge.
- Parker, R.G. & Gagnon, J.H. (1995). *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York, N.Y: Routledge.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M. & van Eijk, J.T. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, 551-558.
- Pugliesi, K. (1998, Febrero). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variations in social support resources. *Sex Roles*, 1, 75.
- Sandstrom, K. L. (1996). Searching for information, understanding, and self-value: The utilization of peer support groups by gay men with HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 23, 51-74.
- Schifter, J. & Madrigal, J. (1992). *Homosexualidad y SIDA en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Ilep.
- Sontag, S. (1990). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, N.Y.: Doubleday.
- Strait-Toster, K. (1994). The relationship between loneliness, interpersonal competence and immunologic status in HIV-infected men. *Psychology and Health*, 9, 205-219.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J., Bermen, S., Squier, S., Wagener, M. & Singh, N. (1999). Quality of life in patients with human immune deficiency virus infection: Impact of social support, coping style, and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10, 383-410.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- UNAIDS (1999). Research into the participation of people living with HIV/AIDS in community-based organizations. *Best Practice Digest*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Vangorder, D. (1995). Building community and culture are essential to successful HIV prevention for gay and bisexual men. *AIDS & Public Policy Journal*, 10, 65-74.
- Wandersman, A. (2000). Community mobilization for prevention and health promotion can work. En N. Schneiderman, M.A. Speers, J.M. Silva, H. Tomes, & J.H. Gentry

(Eds.), *Integrating behavioral and social sciences with public health* (págs. 231-248). Washington, DC: American Psychological Association.